

SOLICITUD DE SEGURO

TOMADOR	NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DIRECCION: _____ C.P. _____ POBLACIÓN: _____ FECHA NACIMIENTO: _____ TELEFONO: _____			DNI/NIF: _____ PROVINCIA: _____ FECHA CARNET: _____
PROPIETARIO	NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DIRECCION: _____ C.P. _____ POBLACIÓN: _____ FECHA NACIMIENTO: _____			DNI/NIF: _____ PROVINCIA: _____ FECHA CARNET: _____
CONDUCTOR	NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DIRECCION: _____ C.P. _____ POBLACIÓN: _____ FECHA NACIMIENTO: _____			DNI/NIF: _____ PROVINCIA: _____ FECHA CARNET: _____
OTROS	NOMBRE Y APELLIDOS: _____ FECHA NACIMIENTO: _____			DNI/NIF: _____ FECHA CARNET: _____
VEHICULO	MARCA/MODELO: _____ MATRICULA: _____ TIPO DE VEHICULO: _____ PMA (Kgs): _____ REMOLQUE LIGERO: DESCRIPCIÓN Y VALOR DE ACCESORIOS: _____			C.C. _____ C.V. _____ FECHA 1º MATRICULACION: _____ PÚBLICO
COBERTURAS	TERCEROS TERCEROS+LUNAS TERCEROS COMBINADO (ROBO,INCENDIO,LUNAS) TERCEROS COMBINADO+PERDIDA TOTAL			TODO RIESGO TODO RIESGO+FRANQUICIA (IMPORTE) _____
	DURACION _____	FECHA ENTRADA EN VIGOR _____	FORMA DE PAGO ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL	
DOMICILIO DE PAGO	BANCO: _____ ENTIDAD _____ OFICINA _____ DC _____ N° CUENTA _____ CODIGO DOMICILIACIÓN: _____			
CONFORMIDAD	El solicitante declara que QUEDA ENTERADO de las coberturas solicitadas Firma _____ Nombre y apellidos _____ DNI _____ FECHA: _____			